

診療状況申告書

記入例

宛

保険金請求額が30万円以下の場合は、「診療状況申告書」「診察券の写し」（病気の場合は診療明細書）のご提出により、「診断書」のご提出を省略できます。

以下の申告に相違ありません。また、貴社が医療機関に対し「診療状況申告書」（以下、「申告書」といいます。）に基づき医療機関に照会された際、医療機関から回答が得られない場合には、改めて貴社所定の「診断書」を提出します。

ご申告者	東芝 太郎		患者氏名			作成日	令和5年 12月 1日												
医師に診断された傷病名	傷病名	急性虫垂炎		おケガの部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> でん部 <input type="checkbox"/> 腕<手指以外> (左・右) <input type="checkbox"/> 手指 (左・右) <input type="checkbox"/> 足<足指以外> (左・右) <input type="checkbox"/> 足指 (左・右) <input type="checkbox"/> その他 ( )														
病院名	東芝総合 病院		内科	芝浦 先生															
経過	病気	初診日： 令和5年 11月 1日		初診までの経過、その後の症状、事故状況（ケガの場合）について記載ください。															
	ケガ	※前医・紹介医がある場合その初診日 事故日： 年 月 日 場所： 都道府県 市区町村		11月1日、夜、急におなかが痛くなり急患で病院に行く。急性虫垂炎と判明し、翌日2日に手術を受け、計9日間入院して退院した。															
入院	①	令和5年 11月 1日～ 5年 11月 9日分		②	年 月 日～ 年 月 日分														
集中治療室管理等※	なし・あり ⇒ ( 年 月 日～ 年 月 日 )																		
手術	手術日	令和5年 11月 2日		手術日： 年 月 日															
	手術名	虫垂切除術		手術名：															
放射線照射	部位			総線量															
	期間	開始 年 月 日 終了 年 月 日		照射方法															
通院 (ケガの場合のみ)	実際に通院治療を受けた日を○してください。2つ以上の病院で治療をされた場合は、○△等で区別をしてください。																		
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
オンライン診療※を受けた場合のみ、オンライン診療日をご記入ください。 ( 年 月 日 ) ( 年 月 日 ) ( 年 月 日 ) 医療機関名：																			
ギプス等固定具の利用について	①	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> 創外固定具 <input type="checkbox"/> その他 ( )		固定具を常時装着した期間		年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		<input type="checkbox"/> 手首または足首を含む固定あり											
	②	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> 創外固定具 <input type="checkbox"/> その他 ( )		固定具を常時装着した期間		年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		<input type="checkbox"/> 手首または足首を含む固定あり											

※「集中治療室管理等」「オンライン診察」につきましては、別紙に用語のご説明を記載しております。

TCM 受付	東芝地域店会受付	東芝保険サービス受付日付印	三井住友海上

診療状況申告書

三井住友海上火災保険株式会社 宛

保険金請求額が30万円以下の場合、「診療状況申告書」「診察券の写し」（病気の場合は診療明細書）のご提出により、「診断書」のご提出を省略できます。

以下の申告に相違ありません。また、貴社が医療機関に対し「診療状況申告書」（以下、「申告書」といいます。）に基づき医療機関に照会された際、医療機関から回答が得られない場合には、改めて貴社所定の「診断書」を提出します。

ご申告者			患者氏名			作成日	年 月 日																											
医師に診断された傷病名	傷病名	おケガの部位 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> でん部 <input type="checkbox"/> 腕<手指以外> (左・右) <input type="checkbox"/> 手指 (左・右) <input type="checkbox"/> 足<足指以外> (左・右) <input type="checkbox"/> 足指 (左・右) <input type="checkbox"/> その他 ( ) おケガの状態 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> じん帯損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 縫合の有無 (無 ・ 有) 傷の長さ ( cm)		おケガの場合																														
病院名	(前医・紹介医：)		病院 病院	科 科	先生 先生																													
経過	病 気	初診日： 年 月 日 ※前医・紹介医がある場合その初診日			初診までの経過、その後の症状、事故状況（ケガの場合）について記載ください。																													
	ケ ガ	事故日： 年 月 日 場所： 都道 市区 府県 町村																																
入院	①	年 月 日～ 年 月 日分			②	年 月 日～ 年 月 日分																												
集中治療室管理等※	(なし) ・ (あり) ⇒ ( 年 月 日～ 年 月 日 )																																	
手術  診断書を同時に提出の場合、記入不要	手術日：	年 月 日			手術日：	年 月 日																												
	手術名：	手術コード：K- / J-			手術名：	手術コード：K- / J-																												
		健康保険上の名称を担当医にご確認ください。					健康保険上の名称を担当医にご確認ください。																											
放射線照射	部位				総線量	グレイ																												
	期間	開始	年 月 日	終了	年 月 日	照射方法	<input type="checkbox"/> サイバーナイフ、ガンマナイフ、アキュナイフ <input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> その他上記以外の放射線治療																											
通院 (ケガの場合のみ)	実際に通院治療を受けた日を○してください。2つ以上の病院で治療をされた場合は、○△等で区別をしてください。																																	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
オンライン診療※を受けた場合のみ、オンライン診療日をご記入ください。 ( 年 月 日) ( 年 月 日) ( 年 月 日)																																		
ギプス等固定具の利用について	①	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> 創外固定具 <input type="checkbox"/> その他 ( )			固定具を常時装着した期間			年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)			<input type="checkbox"/> 手首または足首を含む固定あり																							
	②	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> 創外固定具 <input type="checkbox"/> その他 ( )			固定具を常時装着した期間			年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)			<input type="checkbox"/> 手首または足首を含む固定あり																							

※「集中治療室管理等」「オンライン診察」につきましては、別紙に用語のご説明を記載しております。

TCM受付	東芝地域店会受付	東芝保険サービス受付日付印	三井住友海上

## 主な「固定具の種類」のご説明

固定具の種類	ご説明
ギプス	一般的には石膏ギプスをいい、速乾性の石膏を包帯等に塗布して患部の固定力を高めま す。なお、最近では水硬性樹脂を含んだグラスファイバーでできたプラスチックギプスが 主流となりつつあります。
シーネ	「副木、副子、添え木」のことをいいます。これらを当てた上から包帯等を巻いて、幹部 を固定するために使用します。ただし、厚紙副子、すだれ副子等は含みません。
ギプスシーネ	ギプスの材料で作った「副木、副子、添え木」を四肢に当てて固定するものをいいます。
ギプスシャーレ	ギプスを半分に切り、「皿」と「ふた」にしたものをいいます。処置を行うときは「ふた」 を外し、それ以外のときは「ふた」をして包帯等を巻きつけて、患部を固定します。
創外固定具	身体の外から骨に太いピンを通し、これを金属棒で連結したものをいいます。 ピンニング、スクリュー固定、プレート固定、髄内釘等の内固定ではありません。

### <対象とならない固定具の例>

鎖骨固定帯（クラビクルバンド）、胸部固定帯（バストバンド）、軟性コルセット、サポーター、頸椎カラー、  
厚紙副子、ニーブレース、短下肢装具など

## 用語のご説明

集中治療室管理等	公的医療保険制度における医科診療報酬点数表において、次のいずれかの算定対象となる 診療行為をいいます。 ・救命救急入院料 ・集中治療室管理料（医科診療報酬点数表において列挙されている名称中に 「集中治療室管理料」を含むもの）
オンライン診療	公的医療保険制度における医科診療報酬点数表におけるオンライン診療料の算定対象とな る診療行為をいいます。

ご判断に迷う場合は、診療報酬明細表をご提出いただけましたら、弊社で確認いたします。

### 診察券コピー貼り付け位置

- ケガの場合「診察券」のコピーをここに貼り付けてください。

<診察券がない場合は、この欄にご記入ください。>

病 院 名：  
電話番号：— —  
所 在 地：〒  
診察券番号：  
診療科名：  
医師名：

- ケガの場合「診察券」のコピーをここに貼り付けてください。

<診察券がない場合は、この欄にご記入ください。>

病 院 名：  
電話番号：— —  
所 在 地：〒  
診察券番号：  
診療科名：  
医師名：